

PARA EL DISTRITO DE PUERTO RICO

**Réplica**

4 de marzo de 2020

[soniaespada.24@gmail.com](mailto:soniaespada.24@gmail.com)

Sonia I. Espada Ortiz

Urbanización Villa Madrid W-17 Calle #17

Coamo, Puerto Rico, 00769

Teléfono (787) 390-8426

INTEAKE DROP BOX  
RECEIVED & FILED

2020 MAR 10 PM 12:09

CLERK'S OFFICE  
U.S. DISTRICT COURT  
SAN JUAN, P.R.

En el asunto de:

JUNTA DE SUPERVISION Y ADMINISTRACION  
FINANCIERA PARA PUERTO RICO.

Como representante de:  
ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO y Otros

PROMESA, Título III

Número 17 BK 3283-LTS

La presente radicación guarda relación con el  
ELA, ACT y el SRE

**Epígrafe**

**NOTIFICACION DE LA CENTESIMA TRIGESIMA OCTAVA OBJECION GLOBAL ( NO SUSTANTIVA) DEL ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO DE LA AUTORIDAD DE CARRETERAS Y TRANSPORTACION DE PUERTO RICO Y DEL SISTEMA DE RETIRO DE LOS EMPLEADOS DE GOBIERNO DEL ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO A RECLAMOS DEFICIENTES EN LOS QUE SE ALEGA INTERESES SOBRE LA BASE DE UNAS LEYES PUERTORRIQUEÑAS NO ESPECIFICADAS.**

**Número de reclamación: 121627**

Mediante esta misiva solicito al **Tribunal de Distrito de los Estados Unidos para el Distrito de Puerto Rico**, que declare a lugar la objeción global en relación al reclamo por el pago de la **Ley # 180 Pago de Exceso de Enfermedad**, ya que el mismo no fue adjudicado ni pagado por la Ley de Quiebras de Puerto Rico.

Trabajé para el Gobierno de Puerto Rico, Rico en la Agencia del Departamento de Educación como maestra durante 30 años, sin recibir el pago por el aumento o incentivo del gobierno correspondiente a los años **2004 al 2019**. Estimo que durante se me adeuda la cantidad aproximada de **\$ 18,000**.

También deseo solicitar al tribunal que sea diligente y acepte mi objeción por estar fuera de la fecha indicada. El haber excedido la fecha límite se debe a las consecuencias de los temblores y sismos que han ocurrido en Puerto Rico, los cuales privaron a la ciudadanía de diversos servicios. Esto ocasionó que no se pudiera la documentación antes del 18 de febrero de 2020. Se envía la documentación justificativa para evidenciar la objeción; Consistente la misms en mis comprobantes de retención ( W-2) del Departamento de Hacienda del Estado Libre Asociado de Puerto Rico y/o planillas de Contribucción Sobre Ingresos y talonarios de cheques. Dicha documentación me identifica como empleada del Gobierno de Puerto Rico durante los años reclamados; años en los que se supone devengara el aumento correspondiente a esta ley el cual no me fue otorgado.

Cordialmente,

Sonia I. Espada Ortiz

**CERTIFICADO DE NOTIFICACIÓN PARA RÉPLICAS**

RECEIVED & FILED  
2020 MAR 10 PM 12:09

CLERK'S OFFICE  
U.S. DISTRICT COURT  
SAN JUAN, P.R.

4 de marzo de 2020

A: Tribunal de Distrito de los Estados Unidos

Para el Distrito de Puerto Rico

*Sonia I. Espada Ortiz*

De: Sonia I. Espada Ortiz

[soniaespada.24@gmail.com](mailto:soniaespada.24@gmail.com)

(787) 390-8426

Asunto: Adjunto Réplica sobre Reclamación # 121627

Talonario de Cheques

Planillas de Contribución Sobre Ingresos

Formulario W-2

Recibido por: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

N 4323570

Estado Libre Asociado de Puerto Rico  
080 - DEPT DE EDUCACION-MAESTROS

Grupo de Pago: SM -Quincenal  
Desde: 04/01/2004  
Hasta: 04/16/2004  
# Cheque:   
Fecha: 04/14/2004

SONIA I ESPADA ORTIZ  
URB VILLA MADRID  
U10 CALLE 19  
COAMO PR 00769-0000  
SS:   
# Empleado:   
Dept: 8005021-ponce Coamo  
Oficina: Susana Rivera  
Titulo: M.Elemental  
Sueldo: \$2,205.00 Monthly  
DATA IMP: Federal PR  
Estado Civil: Single Single  
Concesiones: 0 0  
Pct. Adcl.:   
Cant. Adcl.:

HORAS E INGRESOS						IMPUESTOS		
Descripcion	Sueldo	Corriente Horas	Ingresos	Acumulado Horas	Ingresos	Descripcion	Corriente	Acumulado
Pago de Salarios Regulares			1,102.50	432.00	7,717.50	Fed MED/EE	15.98	111.9
						PR Withholding	82.60	578.2
Total:			1,102.50	432.00	7,717.50	Total:	98.58	690.10

DEDUCCIONES			DEDUCCIONES GENERALES			DEDUCCIONES PATRONALES PAGADAS		
Descripcion	Corriente	Acumulado	Descripcion	Corriente	Acumulado	Descripcion	Corriente	Acumulado
GPR Plan de Retiro de Maestro	99.23	694.61	RM-Prest Pers De Cuota-Ret Mae	108.55	759.85	GPR Plan de Retiro de Maestro	93.71	655.97
			AS FED MAESTROS AFT	8.00	56.00	FSED Disability Plan	18.74	131.18
			GPR Plan de Ahorros	33.08	231.56			
Total:	99.23	694.61	Total:	149.63	1,047.41	* Tributable		

TOTAL BRUTO		TOTAL IMPUESTOS		DEDUCCIONES TOTALES		PAGA NET	
Corriente:	1,102.50		98.58		248.86		755.06
Acumulado:	7,717.50		690.10		1,742.02		5,285.38

PTO HORAS ACUM	
Balance Inicial:	0.0
+ Acumulado:	
- Utilizado:	
- Donada:	
+ Ajustes:	
Balance Final:	0.0

DISTRIBUCION PAGA NETA	
Cheque:	755.06
Total:	755.06

MENSAJE:

VIV



SE



# Cheque: 1

Fecha: 11/30/2005

ple

# Empleado:	
Dept:	8005021-Ponce Coamo
Oficina:	Susana Rivera
Título:	DEPARTAMENTO DE EDUCACION
Sueldo:	\$2,455.00 Monthly

DATA IMP:	Federal	PR
Estado Civil:	Single	Single
Concesiones:	0	0
Pct. Adcl.:		
Cant. Adcl.:		

Total:	1.227,50	1.326,00	28.760,00	Total:	117,90	2.727,86
--------	----------	----------	-----------	--------	--------	----------

Total:	110.48	2376.56	Total:	151.78	3340.48	* Tributabile
--------	--------	---------	--------	--------	---------	---------------

PTO HORAS	ACUM
-----------	------

DISTRIBUCION PAGA META	
Cheque #	847.34
Total:	847.34

**MENSAJE: ! HA LLEGADO EL MOMENTO DE ACTUAR ! "SI TIENES DIABETES,CUIDA TUS PIES Y ASI EVITARAS AMPUTACIONES"**

N1472131

Estado Libre Asociado de Puerto Rico  
080 - DEPT DE EDUCACION-MAESTROS

Grupo de Pago: SM -Quincenal # Cheque:  
Desde: 09/12/2006  
Hasta: 09/25/2006 Fecha: 09/29/2006

SONIA I ESPADA ORTIZ  
URB VILLA MADRID  
U10 CALLE 19  
COAMO PR 00769-0000  
SS:

# Empleado:  
Dept: 8005021-Ponce Coamo  
Oficina: Susana Rivera  
Titulo: DEPARTAMENTO DE EDUCACION  
Sueldo: \$2,455.00 Monthly

DATA IMP: Federal PR  
Estado Civil: Single Single  
Concesiones: 0 0  
Pct. Adcl.:  
Cant. Adcl.:

HORAS E INGRESOS					IMPUESTOS		
		Corriente		Acumulado			
Descripcion	Sueldo	Horas	Ingresos	Horas	Ingresos	Descripcion	Corriente
Pago de Salarios Regulares			1,227.50	1,080.00	22,095.00	Fed MED/EE	17.80
Licencia Enfermedad en Exceso			0.00		2,455.00	PR Withholding	100.10
Pago Retroactivo Regular			0.00		250.00		
Total:					1,227.50 1,080.00 24,800.00	Total:	
						117.90 2,380.65	

DEDUCCIONES			DEDUCCIONES GENERALES			BENEFICIOS PATRONALES PAGADOS		
Descripcion	Corriente	Acumulado	Descripcion	Corriente	Acumulado	Descripcion	Corriente	Acumulado
GPR Plan de Retiro de Maestro	110.48	2,011.14	RM-Prest Pers De Cuota-Ret Mae	106.95	1,925.10	GPR Plan de Retiro de Maestro	104.34	1,899.37
			OS-FEDERACION DE MAESTROS	8.00	104.00	FSED Disability Plan	20.87	421.64
			GPR Plan de Ahorros	36.83	670.44			
			AS FED MAESTROS AFT	0.00	40.00			
Total:			Total:			* Tributable		
110.48 2,011.14			151.78 2,739.54					

TOTAL BRUTO		TOTAL IMPUESTOS		DEDUCCIONES TOTALES		PAGA NETA	
Corriente:	1,227.50		117.90		262.26		847.34
Acumulado:	24,800.00		2,380.65		4,750.68		17,668.67
PTO HORAS		ACUM		DISTRIBUCION PAGA NETA			
Balance Inicial:	0.0			Cheque:			847.34
+ Acumulado:				Total:			847.34
- Utilizado:							
- Donada:							
+ Ajustes:							
Balance Final:	0.0						

MENSAJE:

U.S. Pat. no. 6,095,407

11-358447

UNITED FORMS & GRAPHICS (787) 276-8405

Estado Libre Asociado de Puerto Rico  
80 - DEPT DE EDUCACION-MAESTROS

Grupo de Pago: SM -Quincenal # Cheque:  
Desde: 04/03/2007  
Hasta: 04/18/2007 Fecha: 04/13/2007

ANIA I ESPADA ORTIZ # Emplea:  
B VILLA MADRID Dept: 8005021-Ponce Coamo  
CALLE 19 Oficina: Susana Rivera  
AMO PR 00769-0000 Titulo: DEPARTAMENTO DE EDUCACION  
Sueldo: \$2,455.00 Monthly

DATA IMP: Federal PR  
Estado Civil: Single Single  
Concesiones: 0 0  
Pct. Adcl.:  
Cant. Adcl.:

HORAS E INGRESOS						IMPUESTOS		
		Corriente		Acumulado				
Descripcion	Sueldo	Horas	Ingresos	Horas	Ingresos	Descripcion	Corriente	Acumulado
Pago de Salarios Regulares			1,227.50	432.00	8,592.50	Fed MED/EE	17.80	141.50
Falta Enfermedad en Exceso			0.00		1,166.12	PR Withholdng	85.52	691.93
Total:			1,227.50	432.00	9,758.62	Total:	103.32	833.43

DEDUCCIONES			DEDUCCIONES GENERALES			BENEFICIOS PATRONALES PAGADOS		
Descripcion	Corriente	Acumulado	Descripcion	Corriente	Acumulado	Descripcion	Corriente	Acumulado
GPR Plan de Retiro de Maestro	110.48	773.36	RM-Prest Pers De Cuota-Ret Mae	106.95	748.65	GPR Plan de Retiro de Maestro	104.34	730.38
			OS-FEDERACION DE MAESTROS	8.00	56.00	FSED Disability Plan	20.87	146.09
			GPR Plan de Ahorros	36.83	257.81			
Total:	110.48	773.36	Total:	151.78	1,062.46	* Tributable		

TOTAL BRUTO		TOTAL IMPUESTOS		DEDUCCIONES TOTALES		PAGA NETA	
Corriente:	1,227.50		103.32		262.26		861.92
Acumulado:	9,758.62		833.43		1,835.82		7,089.37
PTO HORAS	ACUM	DISTRIBUCION PAGA NETA					
Balance Inicial:	0.0						861.92
+ Acumulado:							
- Utilizado:							
- Donada:							
+ Ajustes:							
Balance Final:	0.0					Total:	861.92

MENSAJE: ' D E OFRECE COMIDAS GRATIS EN VERANO, EDADES DE 1-18 A&OS !PARTICIPA! 787-759-7221, 1-866-626-6432'



Formulario  
Form 499R-2/W-2 PR  
Rev. 07.08

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO - COMMONWEALTH OF PUERTO RICO  
DEPARTAMENTO DE HACIENDA - DEPARTMENT OF THE TREASURY

COMPROBANTE DE RETENCION - WITHHOLDING STATEMENT

INFORMACION PARA EL DEPARTAMENTO DE HACIENDA DEPARTMENT OF THE TREASURY INFORMATION		INFORMACION PARA EL SEGURO SOCIAL SOCIAL SECURITY INFORMATION	
7. Sueldos - Wages 35112.33	17. Total Sueldos Seguro Social Social Security Wages 0.00		
8. Comisiones - Commissions 0.00	18. Seguro Social Retenido Social Security Tax Withheld 0.00		
9. Concesiones - Allowances 0.00	19. Total Sueldos y Pro. Medicare Medicare Wages and Tips 35112.33		
10. Propinas - Tips 0.00	20. Contrib. Medicare Retenida Medicare Tax Withheld 509.13		
11. Total=7+8+9+10 35112.33	21. Propinas Seguro Social Social Security Tips 0.00		
12. Gastos Reembolsados Reimbursed Expenses 0.00	22. Seguro Social no Retenido en Propinas - Uncollected Social Security on Tips 0.00		
13. Cont. Retenida - Tax Withheld 2627.82	23. Contrib. Medicare no Retenida en Propinas - Uncollected Medicare Tax on Tips 0.00		
14. Fondo de Retiro Retirement Fund 2840.32			
15. Aportaciones a Planes Cualific. Contributions to CODA PLANS 0.00			
16. Salarios bajo Ley Núm. 324 de 2004 Salaries under Act No. 324 of 2004 0.00			

1. Nombre-First Name SONIA	3. Núm. Seguro Social Social Security No.
Apellido(s) - Surname(s) ESPADA ORTIZ	4. Núm. de Ident. Patronal Employer's Ident. No. (EIN.)
Dirección Postal del Empleado-Employee's Mailing Address URB VILLA MADRID U10 CALLE 19	5. Fecha en que comenzó a recibir la pensión - Date on which you started to receive the pension Dia Mes Año Day Month Year
2. Nombre y Dirección Postal del Patrono Employer's Name and Mailing Address L8002150526 S RIVERA DEPT DE EDUCACION-MAESTROS AVENIDA TENIENTE CESAR GONZALE ESQUINA CALAF HATO REY, PR 00919	6. Costo de Pensión o Anualidad Cost of Pension or Annuity 0.00
Número de Teléfono del Patrono Employer's Telephone Number	Copia C para Récord del Empleado Copy C for Employee's Records  Año: 2008 Year:
Fecha de Cese de Operaciones: Dia Mes Año Cease of Operations Date: Day Month Year	
Número de Control - Control Number 017555263	

Reproducido por: Departamento de Hacienda

Grupo de Pago:	IRR-Quincenal - (Por Hora)	# Cheque:	( )
Desde:	07/16/2009		
Hasta:	07/31/2009	Fecha:	07/30/2009

# Empleado:  
Dept: 8105021-Ponce Coarrio  
Oficina: Susana Rivera  
Titulo: DEPARTAMENTO DE EDUCACION  
Sueldo: \$25.000000 Hourly

DATA IMP:	Federal	PR
Estado Civil:	Married	Married
Concesiones:	0	0
Pct. Adcl.:		
Cant. Adcl.:		

**MENSAJE:**



Formulario  
Form 499R-2/W-2 PR  
Rev. 05 10

GOBIERNO DE PUERTO RICO - GOVERNMENT OF PUERTO RICO  
DEPARTAMENTO DE HACIENDA - DEPARTMENT OF THE TREASURY  
COMPROBANTE DE RETENCION - WITHHOLDING STATEMENT

1. Nombre-First Name <b>SONIA</b>		3. Núm. Seguro Social Social Security No. <b>8E</b>		INFORMACION PARA EL DEPARTAMENTO DE HACIENDA DEPARTMENT OF THE TREASURY INFORMATION		INFORMACION PARA EL SEGURO SOCIAL SOCIAL SECURITY INFORMATION	
Apellido(s) - Surname(s) <b>ESPADA ORTIZ</b>		4. Núm. de Ident. Patronal Employer Ident. No. (EIN) <b>8E</b>		7. Sueldos - Wages <b>33892.69</b>		17. Total Sueldos Seguro Social Social Security Wages <b>0.00</b>	
Dirección Postal del Empleado-Employee's Mailing Address  <b>URB VILLA MADRID U10 CALLE 19  COAMO, PR 00769-0000</b>		5. Fecha en que comenzó a recibir la pensión - Date on which you started to receive the pension Dia Mes Año Day Month Year		8. Comisiones - Commissions <b>0.00</b>		18. Seguro Social Retenido Social Security Tax Withheld <b>0.00</b>	
2. Nombre y Dirección Postal del Patrono Employer's Name and Mailing Address  <b>L8013750526 SUSANA RIV DEPT DE EDUCACION-MAESTROS AVENIDA TENIENTE CESAR GONZALE ESQUINA CALAF HATO REY, PR 00919</b>		6. Costo de Pensión o Anualidad Cost of Pension or Annuity <b>0.00</b>		9. Concesiones - Allowances <b>0.00</b>		19. Total Sueldos y Pro. Medicare Medicare Wages and Tips <b>33892.69</b>	
Número de Teléfono del Patrono Employer's Telephone Number		Copia C para Récord del Empleado Copy C for Employee's Records  Año: <b>2010</b> Year:		10. Propinas - Tips <b>0.00</b>		20. Contrib. Medicare Retenida Medicare Tax Withheld <b>491.44</b>	
Fecha de Cese de Operaciones: Dia Mes Año Cease of Operations Date: Day Month Year				11. Total=7+8+9+10 <b>33892.69</b>		21. Propinas Seguro Social Social Security Tips <b>0.00</b>	
Número de Control - Control Number <b>107609281</b>				12. Gastos Reembolsados Reimbursed Expenses <b>0.00</b>		22. Seguro Social no Retenido en Propinas - Uncollected Social Security Tax on Tips <b>0.00</b>	
				13. Cont. Retenida - Tax Withheld <b>2301.06</b>		23. Contrib. Medicare no Retenida en Propinas - Uncollected Medicare Tax on Tips <b>0.00</b>	
				14. Fondo de Retiro Retirement Fund <b>2921.52</b>		24. Sueldos y Propinas bajo Ley HIRE de 2010 - Wages and Tips under HIRE Act of 2010 <b>0.00</b>	
				15. Aportaciones a Planes Cualific. Contributions to CODA PLANS <b>0.00</b>			
				16. Salarios bajo Ley Núm. 324 de 2004 Salaries under Act No. 324 of 2004 <b>0.00</b>			

Reproducido por: Departamento de Hacienda

<b>FCR MA CORTA</b>		<input type="radio"/> PLANILLA CON CHEQUE (FAVOR DE FIJAR CHEQUE EN ESTE LUGAR)		Número de Serie	
Liquidador		Revisor		2011 GOBIERNO DE PUERTO RICO DEPARTAMENTO DE HACIENDA PLANILLA DE CONTRIBUCION SOBRE INGRESOS DE INDIVIDUOS AÑO CONTRIBUTIVO 2011 O AÑO COMENZADO EL 1 de enero de 2011 Y TERMINADO EL 31 de diciembre de 2011	
R G RO V1 V2 P1 P2 N D1 D2 E A M				<input type="radio"/> PLANILLA ENMENDADA <input type="radio"/> FALLECIDO DURANTE EL AÑO: ____/____/____ Día Mes Año <input type="radio"/> CONTRIBUYENTE <input type="radio"/> CÓNYUGE	
Nombre del Contribuyente <b>SONIA</b>		Apellido Paterno <b>ESPADA ORTIZ</b>		Número de Seguro Social Contribuyente	
Dirección Postal <b>URB VILLA MADRID W-17 Calle 17 Coamo PR</b>		Código Postal <b>00769</b>		Fecha de Nacimiento Sexo ____/____/____ <input checked="" type="radio"/> M <input type="radio"/> F	
*Coloque la etiqueta engomada (Label) aquí*				Número de Seguro Social Cónyuge	
Nombre e Inicial del Cónyuge		Apellido Paterno		Apellido Materno	
Dirección Residencial Completa (Barrio o Urbanización, Número, Calle) <b>URB VILLA MADRID W-17 Calle 17 Coamo PR</b>		Código Postal <b>00769</b>		Fecha de Nacimiento del Cónyuge Sexo ____/____/____ <input type="radio"/> M <input type="radio"/> F	
Correo Electrónico (E-Mail) <b>PLANILLASGABBY@YAHOO.COM</b>		Cambio de Dirección: <input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No		PLANILLA 2012: <input checked="" type="radio"/> ESPAÑOL <input type="radio"/> INGLÉS	

<b>Cuestionario</b>	SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> A. <input checked="" type="radio"/> ¿Ciudadano de Estados Unidos? B. <input checked="" type="radio"/> ¿Residente de Puerto Rico al finalizar el año? C. <input type="radio"/> ¿Otros ingresos excluidos o exentos de contribución? (Someta Anejo IE Individuo) D. FUENTE DE MAYOR INGRESO: 1. <input checked="" type="radio"/> Empleado del Gobierno, Municipios o Corporaciones Públicas 2. <input type="radio"/> Empleado del Gobierno Federal 3. <input type="radio"/> Empleado de Empresa Privada 4. <input type="radio"/> Retirado/Pensionado Su ocupación <b>Maestro de Escuela</b> <b>6110</b> Ocupación cónyuge _____		E. ESTADO PERSONAL AL FINALIZAR EL AÑO CONTRIBUTIVO: 1. <input type="radio"/> Casado (Ennegrezca aquí <input type="radio"/> si se acoge al cómputo opcional y pase al Anejo CO Individuo) 2. <input checked="" type="radio"/> Contribuyente individual (Ennegrezca aquí <input type="radio"/> si es casado con capitulaciones de total separación de bienes e indique nombre y seguro social del cónyuge arriba) 3. <input type="radio"/> Casado que rinde separado (Indique nombre y seguro social del cónyuge arriba)	
---------------------	---	--	---	--

<b>Reintegro</b>	<b>PASE A LA PAGINA 2 PARA DETERMINAR SU REINTEGRO O PAGO.</b>			
	1. CONTRIBUCION PAGADA EN EXCESO (Encasillado 1, línea 14. Indique distribución en las líneas A, B y C) ..... (01)			
	A) Aportación al Fondo Especial para el Estuario de la Bahía de San Juan ..... (02)			
	B) Aportación al Fondo Especial para la Universidad de Puerto Rico ..... (03)			

<b>Pago</b>	2. TOTAL NO PAGADO DE LA CONTRIBUCION (Encasillado 1, línea 14) ..... (05) <b>1,033</b> 00			
	3. Menos: Cantidad pagada (a) Con Planilla o Electrónicamente a través de un Programa Certificado ..... (06) 00			
	(b) Intereses ..... (07) 00			
	(c) Recargos y Penalidades ..... (08) 00			
4. BALANCE PENDIENTE DE PAGO (Línea 2 menos línea 3(a)) ..... (10) <b>1,033</b> 00				

<b>Depósito</b>	<b>AUTORIZACION PARA DEPOSITO DIRECTO DE REINTEGRO</b>			
	Tipo de Cuenta		Número de ruta/tránsito	
	<input type="radio"/> Cheques <input type="radio"/> Ahorros		<input type="radio"/> Ahorros	
	Cuenta a nombre de: _____ y _____ (Nombre completo en letra de molde según aparece en su cuenta. Si es casado y rinde planilla conjunta, incluya el nombre del cónyuge)			

Declaro bajo juramento de perjurio que la información incluida en esta planilla, anejos y documentos que se acompañan, ha sido examinada por mí y que la misma es cierta, correcta y completa. La declaración de la persona que prepara la planilla (excepto el contribuyente) es con respecto a la información disponible y dicha información ha sido verificada.			
Firma del Contribuyente		Firma del Cónyuge	
<input checked="" type="checkbox"/> FIRMADA ELECTRONICAMENTE		<input checked="" type="checkbox"/> FIRMADA ELECTRONICAMENTE	
Nombre del Especialista (Letra de Molde) <b>GABBY A ORTIZ HERNANDEZ</b>		Nombre de la Firma o Negocio <b>GABBY A ORTIZ HERNANDEZ</b>	
Número de Registro	Número de Identificación Patronal	Especialista por cuenta propia (ennegrezca aquí)	Fecha
<b>010480</b>	<b>66-0607056</b>	<input checked="" type="radio"/>	<b>16/04/2012</b>



ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO - COMMONWEALTH OF PUERTO RICO  
DEPARTAMENTO DE HACIENDA - DEPARTMENT OF THE TREASURY  
COMPROBANTE DE RETENCION - WITHHOLDING STATEMENT

1. Nombre-First Name <b>SONIA</b>		3. Núm. Seguro Social Social Security No. <b>!</b>		7. Sueldos - Wages <b>35941.87</b>		17. Total Sueldos Seguro Social Social Security Wages <b>0.00</b>	
Apellido(s) - Surname(s) <b>ESPADA ORTIZ</b>		4. Núm. de Ident. Patronal Employer Ident. No. (EIN) <b>!</b>		8. Comisiones - Commissions <b>0.00</b>		18. Seguro Social Retenido Social Security Tax Withheld <b>0.00</b>	
Dirección Postal del Empleado-Employee's Mailing Address  <b>URB VILLA MADRID U10 CALLE 19 COAMO, PR 00769-0000</b>		5. Fecha en que comenzó a recibir la pensión - Date on which you started to receive the pension Día Mes Año Day Month Year		9. Concesiones - Allowances <b>0.00</b>		19. Total Sueldos y Pro. Medicare Medicare Wages and Tips <b>35941.87</b>	
		6. Costo de Pensión o Anualidad Cost of Pension or Annuity <b>0.00</b>		10. Propinas - Tips <b>0.00</b>		20. Contrib. Medicare Retenida Medicare Tax Withheld <b>521.16</b>	
2. Nombre y Dirección Postal del Patrono Employer's Name and Mailing Address  <b>L8013750526 SUSANA RIV DEPT DE EDUCACION-MAESTROS AVENIDA TENIENTE CESAR GONZALE ESQUINA CALAF HATO REY, PR 00919</b>		6A. Costo de cubierta de salud auspiciada por el patrono - Cost of employer-sponsored health coverage <b>0.00</b>		11. Total=7+8+9+10 <b>35941.87</b>		21. Propinas Seguro Social Social Security Tips <b>0.00</b>	
		6B. Donativos Charitable Contributions <b>0.00</b>		12. Gastos Reemb. y Beneficios Marginales Reimb. Expenses and Fringe Benefits <b>0.00</b>		22. Seguro Social no Retenido en Propinas - Uncollected Social Security Tax on Tips <b>0.00</b>	
Número de Teléfono del Patrono Employer's Telephone Number		Copia C para Récord del Empleado  Copy C for Employee's Records  Año: <b>2012</b> Year:		13. Cont. Retenida - Tax Withheld <b>1462.33</b>		23. Contrib. Medicare no Retenido en Propinas - Uncollected Medicare Tax on Tips <b>0.00</b>	
Fecha Cese de Operaciones: Cease of Operations Date: Día Mes Año Day Month Year				14. Fondo de Retiro Gubernamental Governmental Retirement Fund <b>2919.38</b>			
Número Control - Control Number  <b>125527651</b>				15. Aportaciones a Planes Cualific. Contributions to CODA PLANS <b>0.00</b>			
				16. Salarios bajo Ley 324-2004 Salaries under Act 324-2004 <b>0.00</b>			
				16A. Aportaciones al Programa Ahorra y Duplica tu Dinero - Contributions to the Save and Double your Money Program <b>0.00</b>			



Form 499R-2/W-2 PR  
Rev. 0-13

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO - COMMONWEALTH OF PUERTO RICO  
DEPARTAMENTO DE HACIENDA - DEPARTMENT OF THE TREASURY  
COMPROBANTE DE RETENCION - WITHHOLDING STATEMENT

INFORMACION PARA EL  
DEPARTAMENTO DE HACIENDA  
DEPARTMENT OF THE TREASURY  
INFORMATION

INFORMACION PARA EL  
SEGURO SOCIAL  
SOCIAL SECURITY  
INFORMATION

1. Nombre-First Name <b>SONIA</b>	3. Núm. Seguro Social Social Security No. <b>E</b>	7. Sueldos - Wages <b>35245.88</b>	17. Total Sueldos Seguro Social Social Security Wages <b>0.00</b>
Apellido(s) - Surname(s) <b>ESPADA ORTIZ</b>	4. Núm. de Ident. Patronal Employer Ident. No. (EIN) <b>JE</b>	8. Comisiones - Commissions <b>0.00</b>	18. Seguro Social Retenido Social Security Tax Withheld <b>0.00</b>
Dirección Postal del Empleado-Employee's Mailing Address <b>URB VILLA MADRID U10 CALLE 19 COAMO, PR 00769-0000</b>	5. Fecha en que comenzó a recibir la pensión - Date on which you started to receive the pension Día Mes Año Day Month Year	9. Concesiones - Allowances <b>0.00</b>	19. Total Sueldos y Pro. Medica Medicare Wages and Tips <b>35245.88</b>
2. Nombre y Dirección Postal del Patrono Employer's Name and Mailing Address <b>DEPT DE EDUCACION-MAESTROS AVENIDA TENIENTE CESAR GONZALE ESQUINA CALAF HATO REY, PR 00919</b>	6. Costo de Pensión o Anualidad Cost of Pension or Annuity <b>0.00</b>	10. Propinas - Tips <b>0.00</b>	20. Contrib. Medicare Retenido Medicare Tax Withheld <b>511.07</b>
Número de Teléfono del Patrono Employer's Telephone Number	6A. Costo de cubierta de salud auspiciada por el patrono - Cost of employer-sponsored health coverage <b>0.00</b>	11. Total=7+8+9+10 <b>35245.88</b>	21. Propinas Seguro Social Social Security Tips <b>0.00</b>
Fecha Cese de Operaciones: Día Mes Año Cease of Operations Date: Day Month Year	6B. Donativos Charitable Contributions <b>0.00</b>	12. Gastos Reemb. y Beneficios Marginales Reimb. Expenses and Fringe Benefits <b>0.00</b>	22. Seguro Social no Retenido en Propinas - Uncollected Social Security Tax on Tip <b>0.00</b>
Número Confirmación de Radicación Electrónica Electronic Filing Confirmation Number <b>C400001</b>	Copia C para Récord del Empleado Copy C for Employee's Records  Año: <b>2013</b> Year:	13. Cont. Retenida - Tax Withheld <b>1262.32</b>	23. Contrib. Medicare no Reter en Propinas - Uncollected Medicare Tax on Tips <b>0.00</b>
Número Control - Control Number <b>004490826</b>		14. Fondo de Retiro Gubernamental Governmental Retirement Fund <b>2914.21</b>	
		15. Aportaciones a Planes Cualific. Contributions to CODA PLANS <b>0.00</b>	
		16. Salarios bajo Ley 324-2004 Salaries under Act 324-2004 <b>0.00</b>	
		16A. Aportaciones al Programa Ahorra y Duplica tu Dinero - Contributions to the Save and Double your Money Program <b>0.00</b>	

Formulario  
F. 499R-REV. 2 PH  
Rev. 09/14

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO - COMMONWEALTH OF PUERTO RICO  
DEPARTAMENTO DE HACIENDA - DEPARTMENT OF THE TREASURY  
COMPROBANTE DE RETENCION - WITHHOLDING STATEMENT

1. Nombre - First Name <b>SONIA</b>		3. Núm. Seguro Social Social Security No.	INFORMACION PARA EL DEPARTAMENTO DE HACIENDA DEPARTMENT OF THE TREASURY INFORMATION		INFORMACION PARA EL SEGURO SOCIAL SOCIAL SECURITY INFORMATION	
Apellido(s) - Surname(s) <b>ESPADA ORTIZ</b>		4. Núm. de Ident. Patronal Employer Ident. No. (EIN)	7. Sueldos - Wages <b>33401.58</b>	17. Total Sueldos Seguro Social Social Security Wages <b>0.00</b>		
Dirección Postal del Empleado-Employee's Mailing Address <b>URB VILLA MADRID U10 CALLE 19 COAMO, PR 00769-0000</b>		5. Costo de cubierta de salud auspiciada por el patrono - Cost of employer-sponsored health coverage <b>0.00</b>	8. Comisiones - Commissions <b>0.00</b>	18. Seguro Social Retenido Social Security Tax Withheld <b>0.00</b>		
2. Nombre y Dirección Postal del Patrono Employer's Name and Mailing Address <b>DEPT DE EDUCACION-MAESTROS AVENIDA TENIENTE CESAR GONZALE ESQUINA CALAF HATO REY, PR 00919</b>		6. Donativos Charitable Contributions <b>0.00</b>	9. Concesiones - Allowances <b>0.00</b>	19. Total Sueldos y Pro. Medicare Medicare Wages and Tips <b>33401.58</b>		
Número de Teléfono del Patrono Employer's Telephone Number		Patrono: - Employer: * Envíe a: - Send to: <b>Social Security Administration Data Operations Center Wilkes- Barre, PA 18769-0001 Con la With the W-3PR</b>	10. Propinas - Tips <b>0.00</b>	20. Contrib. Medicare Retenida Medicare Tax Withheld <b>484.32</b>		
Fecha Cese de Operaciones: Cease of Operations Date:		* Envíe al Departamento de Hacienda electrónicamente Send to Department of the Treasury electronically ( <a href="http://www.hacienda.gobierno.pr">www.hacienda.gobierno.pr</a> )	11. Total=7+8+9+10 <b>33401.58</b>	21. Propinas Seguro Social Social Security Tips <b>0.00</b>		
Número Confirmación de Radicación Electrónica Electronic Filing Confirmation Number <b>S140003</b>		* Entregue dos copias al empleado Deliver two copies to employee * Conserve copia para sus récords Keep copy for your records	12. Gastos Reemb. y Beneficios Marginales Reimb. Expenses and Fringe Benefits <b>0.00</b>	22. Seguro Social no Retenido en Propinas - Uncollected Social Security Tax on Tips <b>0.00</b>		
Número Control - Control Number <b>004404316</b>		Año: Year: <b>2014</b>	13. Cont. Retenida - Tax Withheld <b>1092.82</b>	23. Contrib. Medicare no Retenida en Propinas - Uncollected Medicare Tax on Tips <b>0.00</b>		
Fecha de radicación: 31 de enero - Filing date: January 31			14. Fondo de Retiro Gubernamental Governmental Retirement Fund <b>2891.39</b>			
			15. Aportaciones a Planes Cualific. Contributions to CODA PLANS <b>0.00</b>			
			16. Salarios Exentos (Ver instrucciones) Exempt Salaries (See instructions) <b>0.00</b>			
			16A. Código de Salarios Exentos Exempt Salaries Code			
			16B. Aportaciones al Programa Ahorra y Duplica tu Dinero - Contributions to the Save and Double your Money Program <b>0.00</b>			

Reproducido por: Departamento de Hacienda

SONIA I ESPADA ORTIZ URB VILLA MADRID U10 CALLE 19 COAMO, PR 00769-0000 SS: XXX-XX-	# Empleado: XXX* Dept: 8005137-SANTA ISABEL-PONCE Lugar: SUSANA RIVERA Titulo: DEPARTAMENTO DE EDUCACION Sueldo: \$2,705.00 Monthly	DATA IMP: Federal PR Estado Civil: Single Single Concesiones: 0 0 Pet. Adcl.: Cant. Adcl.:
---	---	--

HORAS E INGRESOS						IMPUESTOS		
Descripcion	Sueldo	Corriente	Horas	Ingresos	Acumulado	Descripcion	Corriente	Acumulado
Pago de Salarios Regulares				1352.50	60.00 1352.50	Fed FICA Med Hospital Ins / EE	19.61	19.61
						PR Withholding	44.45	44.45
Total:				1352.50	60.00 1352.50	Total:	64.06	64.06
DEDUCCIONES			DEDUCCIONES GENERALES			BENEFICIOS PATRONALES PAGADOS		
Descripcion	Corriente	Acumulado	Descripcion	Corriente	Acumulado	Descripcion	Corriente	Acumulado
GPR Plan de Retiro de Maestro	121.73	121.73	AE-Asoc Emp ELA-Prest Regular	92.32	92.32	GPR Plan de Retiro de Maestro	114.96	114.96
			SM-First Medical Health Plan	24.50	24.50	FSED Disability Plan	22.99	22.99
			SC-TRIPLE-S VIDA INC	9.00	9.00			
			AS-ASOC MAESTROS DE P.R.	8.50	8.50			
			Ahorros-AEELA	40.58	40.58			
Total:	121.73	121.73	Total:	174.90	174.90	* Tributable		
TOTAL BRUTO			BRUTO TRIBUT. FED			TOTAL IMPUESTOS		
Corriente:	1352.50			0.00			296.63	991.81
Acumulado:	1352.50			0.00			296.63	991.81
PTO HORAS		ACUM	DISTRIBUCION PAGA NETA					
Balance Inicial:		0.0	Aviso					
+ Ganada:								
+ Compra:								
- Usada:								
- Donada:								
+ Ajustes:								
Balance Final:		0.0	Total:					

MENSAJE:

DEPT DE EDUCACION-MAESTROS  
Avenida Teniente Cesar Gonzalez  
Esquina Calaf  
HATO REY, PR 00919

Fecha  
01/15/2015

Aviso No.  
3913447

Cant. Deposito: \$991.81

A la  
Cuenta(s) De

SONIA I ESPADA ORTIZ  
URB VILLA MADRID  
U10 CALLE 19  
COAMO, PR 00769-0000  
Localizacion: SUSANA RIVERA

DISTRIBUCION DE DEPOSITO DIRECTO		
Tipo de Cuenta	Numero de Cuenta	Cant. Deposito
Savings	XXXXXXXXXXXXXXXXXX	991.81
Total:		991.81

NO-NEGOCIABLE



Formulario  
Form 499R-2W-2 PR  
Rev. 08.16

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO - COMMONWEALTH OF PUERTO RICO  
DEPARTAMENTO DE HACIENDA - DEPARTMENT OF THE TREASURY  
COMPROBANTE DE RETENCION - WITHHOLDING STATEMENT

1. Nombre - First Name <b>SONIA</b>		3. Núm. Seguro Social Social Security No.	INFORMACION PARA EL DEPARTAMENTO DE HACIENDA DEPARTMENT OF THE TREASURY INFORMATION		INFORMACION PARA EL SEGURO SOCIAL SOCIAL SECURITY INFORMATION	
Apellido(s) - Surname(s) <b>ESPADA ORTIZ</b>		4. Núm. de Ident. Patronal Employer Ident. No. (EIN)	7. Sueldos - Wages <b>33014.16</b>		17. Total Sueldos Seguro Social Social Security Wages <b>0.00</b>	
Dirección Postal del Empleado-Employee's Mailing Address <b>URB VILLA MADRID U10 CALLE 19 COAMO, PR 00769-0000</b>		5. Costo de cubierta de salud auspiciada por el patrono - Cost of employer-sponsored health coverage <b>0.00</b>	8. Comisiones - Commissions <b>0.00</b>		18. Seguro Social Retenido Social Security Tax Withheld <b>0.00</b>	
Fecha de Nacimiento Date of Birth		6. Donativos Charitable Contributions <b>0.00</b>	9. Concesiones - Allowances <b>0.00</b>		19. Total Sueldos y Pro. Medica Medicare Wages and Tips <b>33014.16</b>	
2. Nombre y Dirección Postal del Patrono Employer's Name and Mailing Address <b>DEPT. DE EDUCACION - MAESTROS AVENIDA TENIENTE CESAR GONZALE ESQUINA CALAF HATO REY, PR 00919</b>		Patrono: - Employer: • Envíe a: - Send to: Social Security Administration Data Operations Center Wilkes-Barre, PA 18769-0001 Con la With the W-3PR • Envíe al Departamento de Hacienda electrónicamente Send to Department of the Treasury electronically ( <a href="http://www.hacienda.pr.gov">www.hacienda.pr.gov</a> ) • Entregue dos copias al empleado Deliver two copies to employee • Conserve copia para sus récords Keep copy for your records	10. Propinas - Tips <b>0.00</b>		20. Contrib. Medicare Retenida Medicare Tax Withheld <b>478.71</b>	
Número de Teléfono del Patrono Employer's Telephone Number			11. Total=7+8+9+10 <b>33014.16</b>		21. Propinas Seguro Social Social Security Tips <b>0.00</b>	
Fecha Cese de Operaciones: Día Mes Año Cease of Operations Date: Day Month Year			12. Gastos Reemb. y Beneficios Marginales Reimb. Expenses and Fringe Benefits <b>0.00</b>		22. Seguro Social no Retenido en Propinas - Uncollected Social Security Tax on Tips <b>0.00</b>	
Número Confirmación de Radicación Electrónica Electronic Filing Confirmation Number <b>S160021</b>			13. Cont. Retenida - Tax Withheld <b>1063.88</b>		23. Contrib. Medicare no Retenid. en Propinas - Uncollected Medicare Tax on Tips <b>0.00</b>	
Número Control - Control Number <b>006251795</b>		Año: <b>2016</b> Year:	14. Fondo de Retiro Gubernamental Governmental Retirement Fund <b>2917.39</b>			
Fecha de radicación: 31 de enero - Filing date: January 31			15. Aportaciones a Planes Cualific. Contributions to CODA PLANS <b>0.00</b>			
			Salarios Exentos (Ver instrucciones) Exempt Salaries (See instructions) 16. Código/Code <b>0.00</b> Código/Code <b>0.00</b>			
			16A. <b>0.00</b>			
			16B. Aportaciones al Programa Ahorra y Duplica tu Dinero - Contributions to the Save and Double your Money Program <b>0.00</b>			

Reproducido por: Departamento de Hacienda

222 COMPROBANTE DE RETENCIÓN - WITHHOLDING STATEMENT				INFORMATION	SOCIAL SECURITY INFORMATION
1. Nombre - First Name <b>SONIA</b>		3. Núm. Seguro Social Social Security No. <b>F</b>		7. Sueldos - Wages <b>33,059.62</b>	17. Total Sueldos Seguro Social Social Security Wages <b>0.00</b>
Apellido(s) - Last Name(s) <b>I ESPADA ORTIZ</b>		4. Núm. de Ident. Patronal Employer Ident. No. (EIN)		8. Comisiones - Commissions <b>0.00</b>	18. Seguro Social Retenido Social Security Tax Withheld <b>0.00</b>
Dirección Postal del Empleado - Employee's Mailing Address <b>URB VILLA MADRID U10 CALLE 19 COAMO PR 00769</b>		5. Costo de cubierta de salud auspiciada por el patrono - Cost of employer- sponsored health coverage <b>0.00</b>		9. Concesiones - Allowances <b>0.00</b>	19. Total Sueldos y Pro. Medicare Medicare Wages and Tips <b>33,059.62</b>
Fecha de Nacimiento: Día Mes Año Date of Birth: Day Month Year		6. Donativos Charitable Contributions <b>0.00</b>		10. Propinas - Tips <b>0.00</b>	20. Contrib. Medicare Retenida Medicare Tax Withheld <b>479.36</b>
2. Nombre y Dirección Postal del Patrono Employer's Name and Mailing Address <b>DEPT DE EDUCACION MAESTROS AVENIDA TENIENTE CESAR ESQUINA CALAF HATO REY PR 00919</b>		Patrono: - Employer: • Envíe a: - Send to: <b>Social Security Administration Data Operations Center Wilkes-Barre, PA 18769-0001</b> Con la <b>With the W-3PR</b> • Envíe al Departamento de Hacienda electrónicamente Send to Department of the Treasury electronically ( <a href="http://www.hacienda.pr.gov">www.hacienda.pr.gov</a> ) • Entregue dos copias al empleado Deliver two copies to employee • Conserve copia para sus récords Keep copy for your records <b>Año: 2017</b> <b>Year:</b>		11. Total = 7 + 8 + 9 + 10 <b>33,059.62</b>	21. Propinas Seguro Social Social Security Tips <b>0.00</b>
Número de Teléfono del Patrono Employer's Telephone Number <b>(787) 773-3508</b>				12. Gastos Reemb. y Beneficios Marginales Reimb. Expenses and Fringe Benefits <b>0.00</b>	22. Seguro Social no Retenido en Propinas - Uncollected Social Security Tax on Tips <b>0.00</b>
Fecha Cese de Operaciones: Día Mes Año Cease of Operations Date: Day Month Year				13. Cont. Retenida - Tax Withheld <b>1,067.25</b>	23. Contrib. Medicare no Retenida en Propinas - Uncollected Medicare Tax on Tips <b>0.00</b>
Número Confirmación de Radicación Electrónica Electronic Filing Confirmation Number <b>S170008</b>				14. Fondo de Retiro Gubernamental Governmental Retirement Fund <b>2,914.71</b>	
Número Control - Control Number <b>006975278</b>				15. Aportaciones a Planes Cualific. Contributions to CODA PLANS <b>0.00</b>	
Fecha de radicación: 31 de enero - Filing date: January 31				Salarios Exentos (Ver instrucciones) Exempt Salaries (See instructions) Código/Code <b>0.00</b>	
				16. <b>0.00</b>	
				16A. <b>0.00</b>	
				16B. Aportaciones al Programa Ahorra y Duplica tu Dinero - Contributions to the Save and Double your Money Program <b>0.00</b>	

**INSTRUCCIONES PARA EL EMPLEADO  
DEBERÁ SOMETER COPIA AL RENDIR SU PLANILLA**

De acuerdo al Código de Rentas Internas de Puerto Rico de 2011, según enmendado (Código), viene obligado a rendir planilla de contribución sobre ingresos todo individuo residente que:

- sea contribuyente individual o casado, si durante el año contributivo tuviere un ingreso bruto reducido por las exenciones de la Sección 1031.02 del Código mayor de \$5,000;
- sea casado que vivía con su cónyuge y opte por rendir planilla separada, si durante el año contributivo tuviere un ingreso bruto reducido por las exenciones de la Sección 1031.02 del Código de \$2,500 o más; o
- tenga ingreso neto sujeto a contribución básica alterna de \$150,000 o más.

**PENALIDAD** - El Código dispone lo siguiente: Toda persona obligada bajo cualquier Subtítulo del Código a rendir una planilla, declaración, certificación o informe, que voluntariamente dejare de rendir dicha planilla, declaración, certificación o informe dentro del término o términos fijados por el Subtítulo correspondiente o por reglamentos, además de otras penalidades establecidas por el Código, incurrirá en delito menos grave, y en caso de convicción, será castigada con pena de multa no mayor de \$5,000, o con pena de reclusión por un término máximo de 90 días, o ambas penas, a discreción del tribunal, más las costas del proceso. En aquellos casos en que cualquier persona voluntariamente dejare de rendir dicha planilla, declaración, certificación o informe (dentro de los términos fijados por el Subtítulo correspondiente o por reglamentos), con la intención de evadir o derrotar cualquier contribución impuesta por el Código, además de otras penalidades establecidas por el Código, incurrirá en un delito grave de tercer grado, y en caso de convicción, será sancionada con pena de reclusión la cual fluctuará entre tres años un día y ocho años. El Tribunal a su discreción podrá imponer la pena fija de reclusión establecida o pena de multa que no excederá de \$20,000, o ambas penas, más las costas del proceso.

Retenga copia de este formulario para sus récords. Puede usarla para establecer su derecho a los beneficios de seguro social. Si su nombre, dirección o número de seguro social están incorrectos, informe el error a su patrono para que le complete un Formulario 499R-2cW-2cPR.

**INSTRUCTIONS FOR THE EMPLOYEE  
A COPY MUST BE SUBMITTED WITH YOUR RETURN**

Pursuant to the Puerto Rico Internal Revenue Code of 2011, as amended (Code), an income tax return must be filed by any resident individual who:

- is an individual or married taxpayer, who during the taxable year had gross income, reduced by the exemptions established in Code Section 1031.02, greater than \$5,000;
- is a married individual who lived with his/her spouse, and elects to file separate returns, that during the taxable year had gross income, reduced by the exemptions established in Code Section 1031.02, of \$2,500 or more; or
- has net income subject to alternate basic tax of \$150,000 or more.

**PENALTY** - The Code provides the following: Every person required under any Subtitle of the Code to file a return, statement, certification or report, who willfully fails to file such return, statement, certification or report within the term or terms established by the corresponding Subtitle or by regulations, in addition to other penalties provided by the Code, shall be guilty of a misdemeanor, and upon conviction thereof, punished by a fine of not more than \$5,000, or imprisonment for a term of not more than 90 days, or both penalties, at the discretion of the Court, plus the costs of prosecution. In the case of any person who willfully fails to file such return, statement, certification or report (within the terms established by the corresponding Subtitle or by regulations), with the intention to evade or defeat any tax imposed by the Code, in addition to other penalties provided by the Code, shall be guilty of a third degree felony, and upon conviction thereof, punished by imprisonment for a term ranging from three years and one day to eight years. The Court may impose, at its discretion, the fixed penalty of imprisonment provided or a fine of not more than \$20,000, or both penalties, plus the costs of prosecution.

Keep copy of this form for your records. You can use it to prove your right to social security benefits. If your name, address or social security number is incorrect, inform this to your employer and request a Form 499R-2cW-2cPR.



COMPROBANTE DE RETENCIÓN - WITHHOLDING STATEMENT

1. Nombre - First Name <b>SONIA I</b>		3. Núm. Seguro Social Social Security No.	7. Sueldos - Wages <b>35,546.90</b>	INFORMACIÓN PARA EL SEGURO SOCIAL SOCIAL SECURITY INFORMATION	
Apellido(s) - Last Name(s) <b>ESPADA ORTIZ</b>		4. Núm. de Ident. Patronal Employer Ident. No. (EIN)	8. Comisiones - Commissions <b>0.00</b>	17. Total Sueldos Seguro Social Social Security Wages <b>0.00</b>	
Dirección Postal del Empleado - Employee's Mailing Address <b>URB VILLA MADRID U10 CALLE 19 COAMO PR 00769</b>		5. Costo de cubierta de salud auspiciada por el patrono - Cost of employer- sponsored health coverage <b>0.00</b>	9. Concesiones - Allowances <b>0.00</b>	18. Seguro Social Retenido Social Security Tax Withheld <b>0.00</b>	
Fecha de Nacimiento: Día Mes Año Date of Birth: Day Month Year		6. Donativos Charitable Contributions <b>0.00</b>	10. Propinas - Tips <b>0.00</b>	19. Total Sueldos y Pro. Medicare Medicare Wages and Tips <b>35,546.90</b>	
2. Nombre y Dirección Postal del Patrono Employer's Name and Mailing Address <b>DEPT DE EDUCACION MAESTROS AVENIDA TENIENTE CESAR ESQUINA CALAF HATO REY, PR 00919-0000</b>		<b>Patrono: - Employer:</b> Indique si la remuneración incluye pagos al empleado por: Indicate if the remuneration includes payments to the employee for: <b>A- <input type="checkbox"/> Servicios prestados por un médico cualificado bajo la Ley 14-2017 Services rendered by a qualified physician under Act 14-2017</b> <b>B- <input type="checkbox"/> Servicios domésticos Domestic services</b> <b>C- <input type="checkbox"/> Otros / Others:</b>		20. Contrib. Medicare Retenida Medicare Tax Withheld <b>515.43</b>	
Número de Teléfono del Patrono Employer's Telephone Number		11. Total = 7 + 8 + 9 + 10 <b>35,546.90</b>		21. Propinas Seguro Social Social Security Tips <b>0.00</b>	
Fecha Cese de Operaciones: Día Mes Año Cease of Operations Date: Day Month Year		12. Gastos Reemb. y Beneficios Marginales <b>0.00</b>		22. Seguro Social no Retenido en Propinas - Uncollected Social Security Tax on Tips <b>0.00</b>	
Número Confirmación de Radicación Electrónica Electronic Filing Confirmation Number <b>F0717193216</b>		13. Cont. Retenida - Tax Withheld <b>1,301.00</b>		23. Contrib. Medicare no Retenida en Propinas - Uncollected Medicare Tax on Tips <b>0.00</b>	
Número Control - Control Number <b>180048808</b>		14. Fondo de Retiro Gubernamental Governmental Retirement Fund <b>3,021.55</b>			
Fecha de radicación: 31 de enero - Filing date: January 31		Año: <b>2018</b> Year:			
		15. Aportaciones a Planes Calificados Contributions to CODA PLANS <b>0.00</b>			
		Salarios Exentos (Ver instrucciones) Exempt Salaries (See instructions) Código/Code <b>0.00</b>			
		16. <b>0.00</b>			
		16A. <b>0.00</b>			
		16B. <b>0.00</b>			
		16C. Aportaciones al Programa Ahorra y Duplica tu Dinero - Contributions to the Save and Double your Money Program <b>0.00</b>			

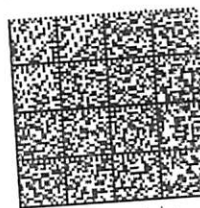
2d/2/19 JBP



1U18-00688355



Sello



5120  
02/20/2019  
\$1.00

Sello de Rentas Internas  
00063-2019-0220-98593003